

שאלון הצהרה של בן / בת החולה
לצורך קביעת גובה השתתפות במימון האשפוז הסייעודי-הכרוני

<u>פרטי החולה:</u>
שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

1. פרטי בן / בת החולה:

שם משפחה _____	שם פרטי _____	מס' ת.ז. (9 ספרות) _____	שנת לידה _____	מצב משפחתי _____
בן/בת הזוג: _____	שם _____	ת.ז. _____	שנת לידה _____	(9 ספרות)

2. מען בן / בת החולה:

שם הישוב: _____ רחוב _____ מס' בית _____ מיקוד _____

מס' טלפון: _____

3. פרטי מקום העבודה של בן / בת החולה:

שם מקום העבודה _____ כתובת _____

מס' טלפון _____ תפקיד _____

בן/בת זוג עובד/ת: כן / לא / פנסיונר/ית (הקף בעיגול)

אם עובד/ת - מקום העבודה: _____

חלק ב' -

פרטים על ההכנסות של בן / בת החולה (נא לסמן את כל הסעיפים)

הערות	הכנסות בן / בת החולה		מקור ההכנסה
	הכנסה לחודש ברוטו	סמן X במשבצת המתאימה	
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	עבודה שכירה *
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	עצמאי **
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	קיצבת ביטוח לאומי (פרט את סוג הקצבה)
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	פנסיה בישראל
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	פנסיה / רנטה / שילומים מחוץ לארץ
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	תגמולים ממשרד הבטחון
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	תגמולים ממשרד האוצר לנפגעי נאצים
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	דמי שכירות עבור בית/ דירה/ נכס
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ריבית מכל מקור שהוא
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	ביטוח סיעודי
		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	הכנסה מכל מקור שהוא

* יש לצרף תלושי משכורת / פנסיה של 3 החודשים האחרונים.

** יש לצרף שומת מס הכנסה אחרונה.

משכנתא: יש לצרף חוזה קבלת המשכנתא + אישור על התשלום החודשי.

סטודנטים: לילדים עד גיל 25, לא נשואים - אישור על שכר הלימוד.

ת צ ה י ר ב נ / ב ת ה ח ו ל ה

אני החתום מטה _____ בעל/ת תעודת זהות מס' _____
לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת וכי אהיה צפוי / ה לעונשים הקבועים בחוק
אם לא אעשה כן, מאשר/ת בזה, כי כל הנאמר בשאלון הצהרה זה הוא אמת וידוע לי כי
סך ההשתתפות בעלות האשפוז של אבי/אמי נקבע על פי שאלון זה.

תאריך: _____ חתימה _____

א י ש ו ר

אני עו"ד _____ מאשר/ת כי ביום _____ הופיע/ה בפני
מר / גב' _____ שהזדהה/תה בתעודת זהות מס' _____
ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי אם לא יעשה/תעשה כן יהא/תהא
צפויה לעונשים הקבועים בחוק, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה.

עורך הדין _____

ח ו ת מ ת _____